FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Pós-graduação em Odontologia

Evelyne Pedroza de Andrade

TRATAMENTO COMPENSATÓRIO DE CLASSE III EM DIFERENTES FAIXAS ETÁRIAS: Série de Casos

Recife

2022

Evelyne Pedroza de Andrade

TRATAMENTO COMPENSATÓRIO DE CLASSE III EM DIFERENTES FAIXAS ETÁRIAS: Série de Casos

Monografia apresentada ao curso de especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Ortodontia.

Orientador: Prof. Msc. Nivaldo Oliveira

Área de concentração: Ortodontia

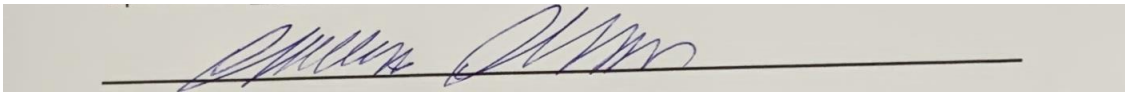
Evelyne Pedroza de Andrade

TRATAMENTO COMPENSATÓRIO DE CLASSE III EM DIFERENTES FAIXAS ETÁRIAS: Série de Casos

Monografia apresentada ao curso de especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Ortodontia.

Área de concentração: Ortodontia

Aprovada em 29/04/2022 pela banca constituída dos seguintes professores:



Prof. Msc. Nivaldo Oliveira

Recife, 29 de abril 2022

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente *a* ***Deus*** pela oportunidade de realizar sonhos dentro da profissão que escolhi, além de transformar vidas através da Odontologia.

Aos meus pais que sempre foram a mola propulsora em minha vida. Amo vocês mais que tudo!

Etiene e Eduardinho que são os melhores irmãos que eu poderia ter, me apoiando e amparando em todos os momentos.

Ao *meu marido* que entendeu minha ausência e me incentivou a crescer. Te amo, Flávio!

Ao Prof Guaracy, amigo e companheiro de doutorado, que me acolheu no CPGO e hoje tenho a honra de fazer parte desta equipe. Nunca esquecerei todo incentivo.

Ao Prof Nivaldo**,** orientador e amigo, um exemplo dentro da Ortodontia e que faz eu querer ser um pouquinho melhor todos os dias.

Aos Professores Felipe, Kátia e Marjorie por toda a paciência e por compartilhar tanto conhecimento.

Enfim a toda a Equipe do ***CPGO Recife*** e aos ***meus colegas de turma, em especial Karla e Jéssica,*** que me receberam com tanto carinho.

RESUMO

A etiologia da má oclusão de Classe III pode ser associada ao prognatismo mandibular ou hipoplasia e retrognatismo maxilar, além da combinação de ambos. A ortodontia tem tentado identificar o melhor momento para interceptar esta maloclusão quando se desenvolve já na dentição decídua, além de estudar os fatores principais que contribuem para o sucesso do tratamento compensatório em pacientes adultos. O objetivo deste trabalho é relatar uma série de casos de maloclusões de Classe III em diferentes faixas etárias. Foram detalhados 3 casos, o primeiro de uma paciente de 9 anos com expansão rápida de maxila e tração reversa, o segundo com ortodontia fixa convencional em paciente de 13 anos de idade e o terceiro utilizando aparelho autoligado em adulto de 33 anos. Concluiu-se que as maloclusões de Classe III podem acometer diferentes faixas etárias e através de planos de tratamento compensatórios e ortopédicos obtém-se resultados favoráveis.

Palavras-chave: Má Oclusão Classe III de Angle; Ortodontia Interceptora; Ortodontia Corretiva.

ABSTRACT

The etiology of Class III malocclusion can be associated with mandibular prognathism or maxillary hypoplasia and retrognathism, in addition to a combination of both. Orthodontics has tried to identify the best time to intercept this malocclusion when it develops in the primary dentition, in addition to studying the main factors that contribute to the success of compensatory treatment in adult patients. The objective of this work is to report a series of cases of Class III malocclusions in different age groups. Three cases were detailed, the first in a 9-year-old patient with rapid maxillary expansion and reverse traction, the second with conventional fixed orthodontics in a 13-year-old patient, and the third using a self-ligating appliance in a 33-year-old adult. It was concluded that Class III malocclusions can affect different age groups, and, through compensatory and orthopedic treatment plans, favorable results are obtained.

Keywords: Class III malocclusion; Orthodontics Interceptive; Orthodontics Corrective.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....7

2 PROPOSIÇÃO.....9

3 CASO CLÍNICO.....10

4 DISCUSSÃO.....32

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....34

REFERÊNCIAS.....35

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....37

1 INTRODUÇÃO

Angle, Tweed e Moyers classificaram as más oclusões de Classe III em 3 tipos: pseudo-Classe III, dentoalveolar e esquelética. A ortodontia tem tentado identificar o melhor momento para interceptar esta maloclusão quando se desenvolve já na dentição decídua (NGAN, MOON, 2015). Os principais objetivos da intervenção precoce são proporcionar um ambiente mais favorável para o crescimento e melhorar a relação oclusal: por exemplo, corrigir a mordida cruzada e a estética facial (WOON, THIRUVENKATACHARI, 2017).

A etiologia da má oclusão de Classe III pode ser associada ao prognatismo mandibular ou hipoplasia e retrognatismo maxilar, além da combinação de ambos, porém, a maxila hipoplásica é frequentemente a causa primária. Os fatores ambientais e hereditários podem desempenhar um papel substancial na etiologia da má oclusão, dentre os fatores ambientais destacam-se: hábitos, amígdalas aumentadas, respiração bucal crônica levando ao crescimento da mandíbula para baixo e para trás, postura anormal da língua e da mandíbula, distúrbios endócrinos, postura, trauma e obstrução nasal (NGAN, MOON, 2015).

Uma oclusão normal e estética facial melhorada para pacientes que apresentam má oclusão de classe III esquelética podem ser alcançadas por modificação do crescimento, compensação ortodôntica ou cirurgia ortognática. A idade do paciente, gravidade da má oclusão, queixa principal, exames clínicos e análise cefalométrica irão delinear o tratamento de escolha. A modificação do crescimento deve começar antes do estirão puberal, após o qual apenas a camuflagem ortodôntica ou a cirurgia ortognática são indicados (ESLAMI et al., 2018).

O protocolo de tratamento ortopédico precoce mais popular para má oclusão de classe III é a combinação de expansão rápida da maxila seguida de protração maxilar com máscara facial (SMYTH, RYAN, 2017; PAOLONI et al., 2021). Uma mordida cruzada anterior e uma má oclusão de Classe III esquelética leve na dentição mista podem ser corrigidas com uma variedade de abordagens de tratamento, incluindo aparelhos removíveis, aparelhos fixos parciais, mentoneira e máscara facial. Em pacientes jovens com mordida cruzada anterior, melhores resultados podem ser

alcançados com a associação da expansão maxilar devido à estabilidade ortopédica e ao movimento da maxila para baixo e para frente (NGAN, MOON, 2015).

O tratamento conservador de uma má oclusão esquelética de Classe III é popular entre os pacientes, mas desafiador para os ortodontistas. Existem alguns fatores principais que contribuem para o sucesso do tratamento compensatório: diagnóstico preciso, aparelhos fixos avançados e redução do esmalte interproximal (TSENG et al., 2016)

A estabilidade do tratamento na má oclusão de classe III é um tema bastante discutido pela comunidade científica, pois muitos fatores estão envolvidos no prognóstico e na resposta a longo prazo, sendo aceita a necessidade do tratamento o mais rápido possível na fase pré-puberal, pois sabe-se que o crescimento é o principal oponente. O crescimento mandibular ocorre em indivíduos classe III após o estirão de crescimento do adolescente (PAOLONI et al., 2021).

2 PROPOSIÇÃO

O objetivo deste trabalho é relatar uma série de casos de maloclusões de Classe III em diferentes faixas etárias realizando tratamentos compensatórios, efetivos e simplificados.

3 CASO CLÍNICO

Caso 1

Paciente M.F.S.T.S, sexo feminino, leucoderma, 9 anos e 2 meses na consulta inicial, procurou atendimento na clínica de Especialização em Ortodontia do CPGO Unidade Recife, acompanhada dos pais queixando-se de “não ter espaço para os dentes nascerem”. Na análise facial observou-se perfil reto, simetria facial e padrão I (Figura 1).

Figura 1: Foto extraoral inicial.

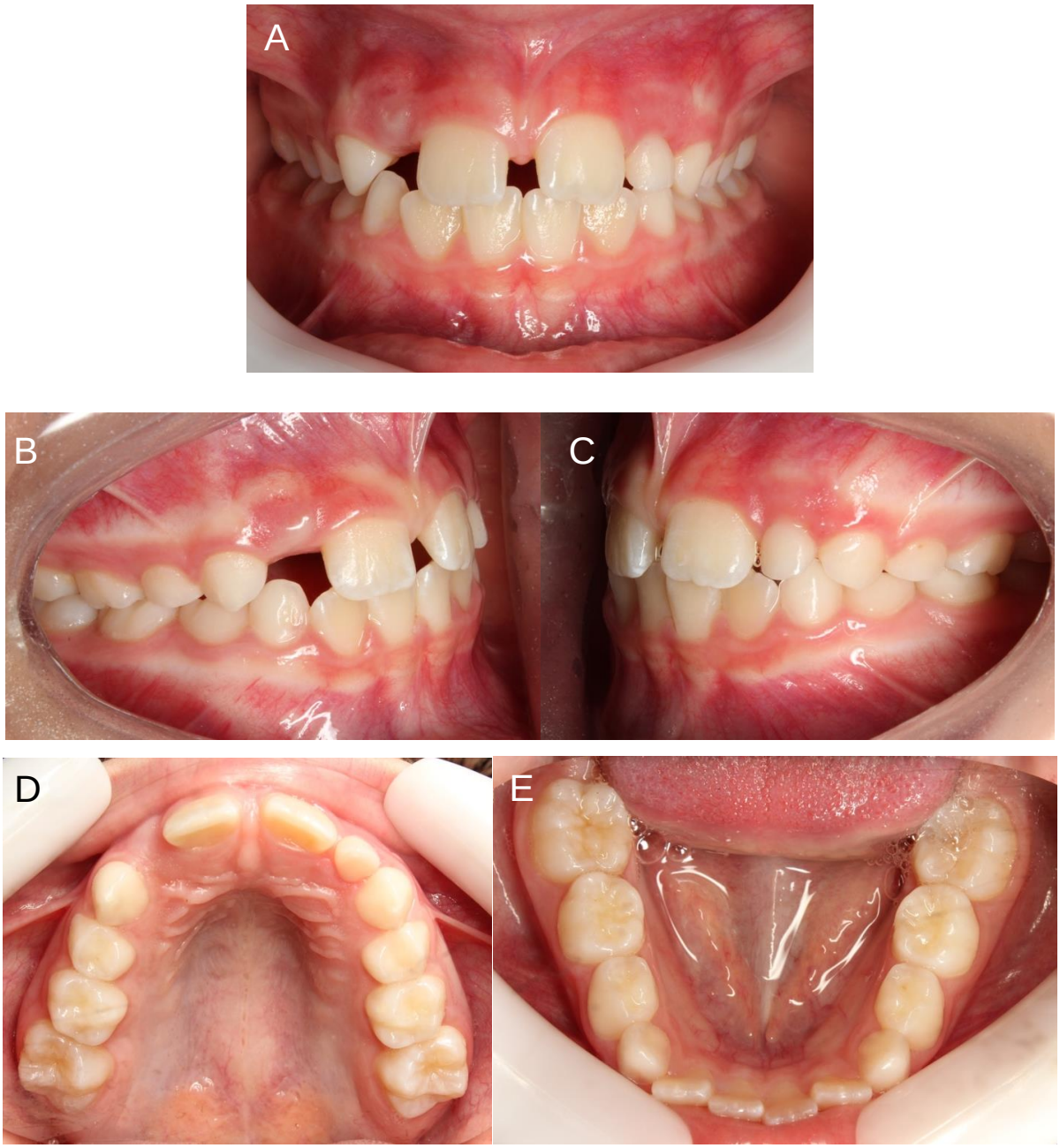


Legenda: A- Perfil; B- Frontal; C- Sorrindo.

Fonte: Autoria própria.

Na avaliação intraoral foi possível evidenciar dentição mista, ausência de espaço para erupção dos permanentes, apinhamento inferior, diastema entre os incisivos centrais superiores e erupção atrasada dos incisivos laterais superiores (Figura 2). Além disso, observou-se também que os pais da menor apresentavam perfil côncavo e tendência a Classe III.

Figura 2: Foto intraoral inicial.



Legenda: A- Frontal; B- Lateral direita; C- Lateral esquerdo; D- Oclusal superior; E- Oclusal inferior.

Fonte: Autoria própria.

A análise cefalométrica revelou vestibularização dos incisivos inferiores, Eixo Y de Crescimento com valor normal, porém sabe-se que pela faixa etária a mandíbula ainda está em crescimento, e FMA de 24,5 graus caracteriza-se em mesofacial, porém

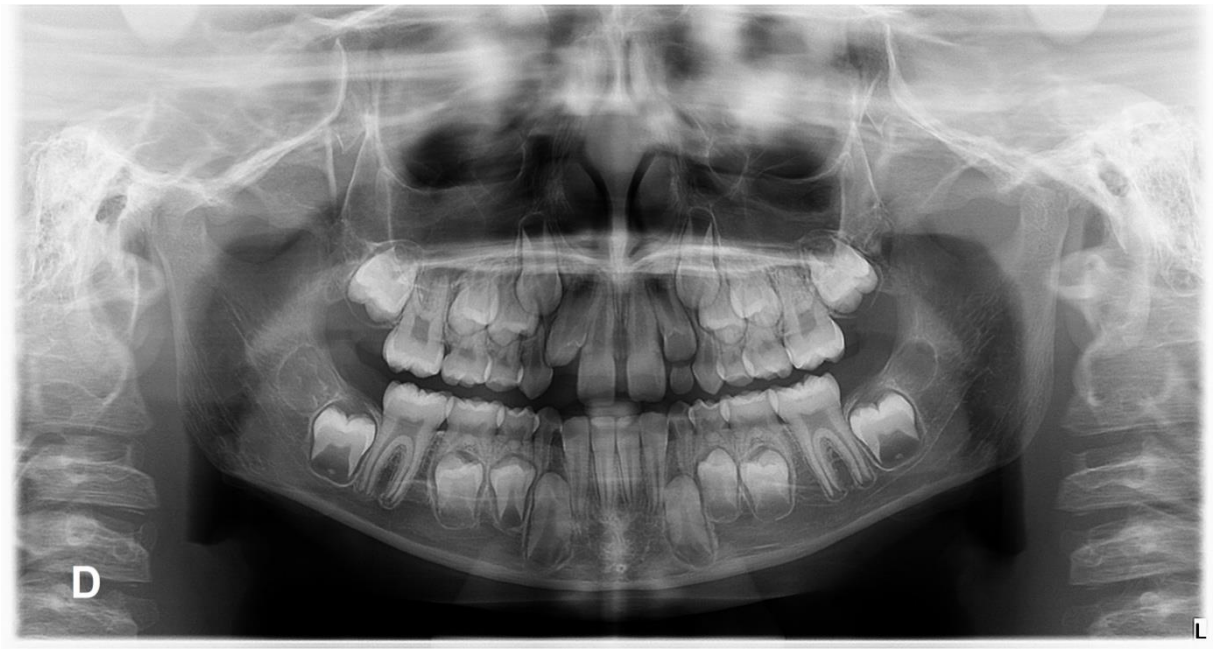
essa paciente possui tendência para dolicofacial tendo em vista a predisposição genética (Quadro 1, Figura 3 e Figura 4).

Quadro 1: Medidas cefalométricas iniciais.

Fatores	Valor obtido
1.PP	113.66°
IMPA	97.86°
SNA	83.57°
SNB	81.46°
ANB	2.11°
FMA	24.54°
S-N.Gn	62.57°

Fonte: Autoria própria.

Figura 3: Radiografia panorâmica inicial.



Fonte: Autoria própria.

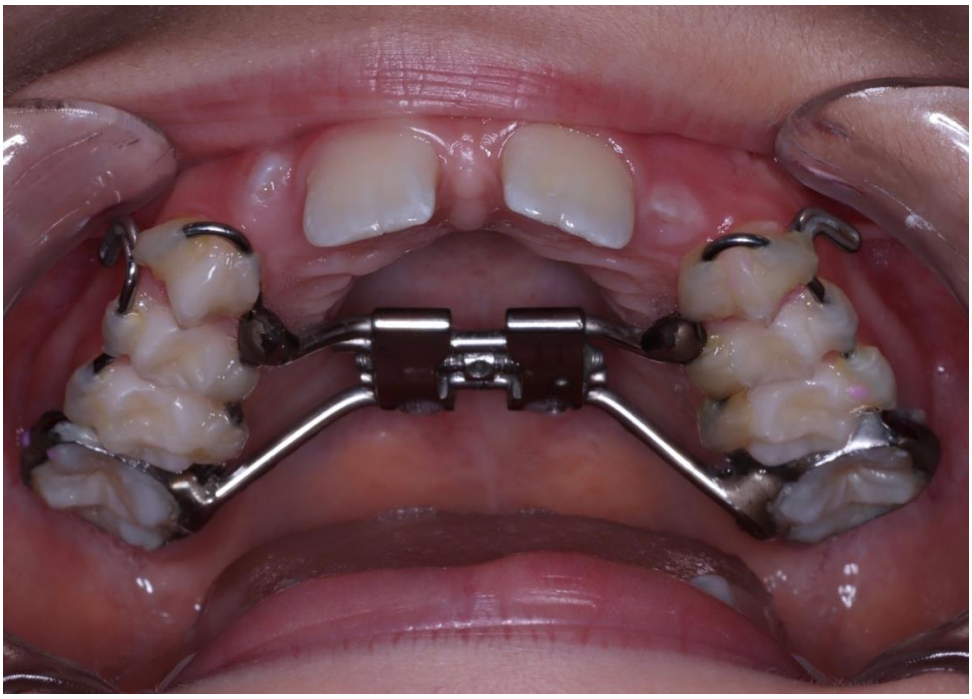
Figura 4: Telerradiografia inicial.



Fonte: Autoria própria.

O plano de tratamento inicial proposto foi a disjunção palatina utilizando Hyrax com gancho, tração reversa da maxila com a máscara facial de Petit e arco lingual com expansor. Primeiramente, foi instalado o Hyrax para a disjunção maxilar com protocolo de abertura de 2/4 de volta pela manhã e 2/4 de volta a noite durante 10 dias (Figura 5).

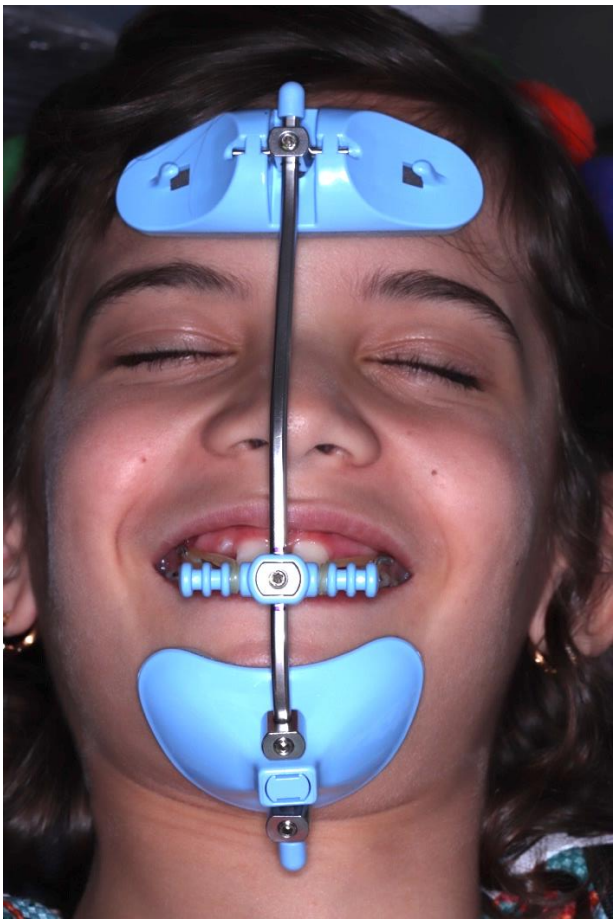
Figura 5: Foto intrabucal após instalação hyrax.



Fonte: Autoria própria.

Após a disjunção foi realizado o travamento do hyrax com resina e instalada a máscara facial utilizando 475g de força durante 12 horas. Assim como, o expansor inferior foi adaptado com protocolo de abertura de ¼ de volta a cada 2 dias. Após 6 meses foi optada pela remoção do aparelho inferior e continuação do uso da máscara facial (figura 6 e 7).

Figura 6: Instalação máscara facial de Petit.



Fonte: Autoria própria.

Figura 7: Instalação expansor inferior.



Fonte: Autoria própria.

Após 1 ano de tratamento, foi realizada a colagem de braquetes fixos prescrição MBT no 11 e 21 para início do fechamento de espaço e acompanhamento da sequência de erupção. Atualmente, após 2 anos e 6 meses, a paciente entrará na segunda etapa do tratamento com aparatologia fixa em todos os elementos para ortodontia corretiva (figura 8).

Figura 8: Instalação de aparelho fixo convencional.



Fonte: Autoria própria.

Caso 2

Paciente G.S.M, sexo feminino, leucoderma, 13 anos e 6 meses na consulta inicial, procurou atendimento na clínica de Especialização em Ortodontia do CPGO Unidade Recife, acompanhada do pai queixando-se de “dentes tortos”. Na análise facial observou-se perfil côncavo, dolicofacial e padrão III (Figura 9).

Figura 9: Foto extraoral inicial.

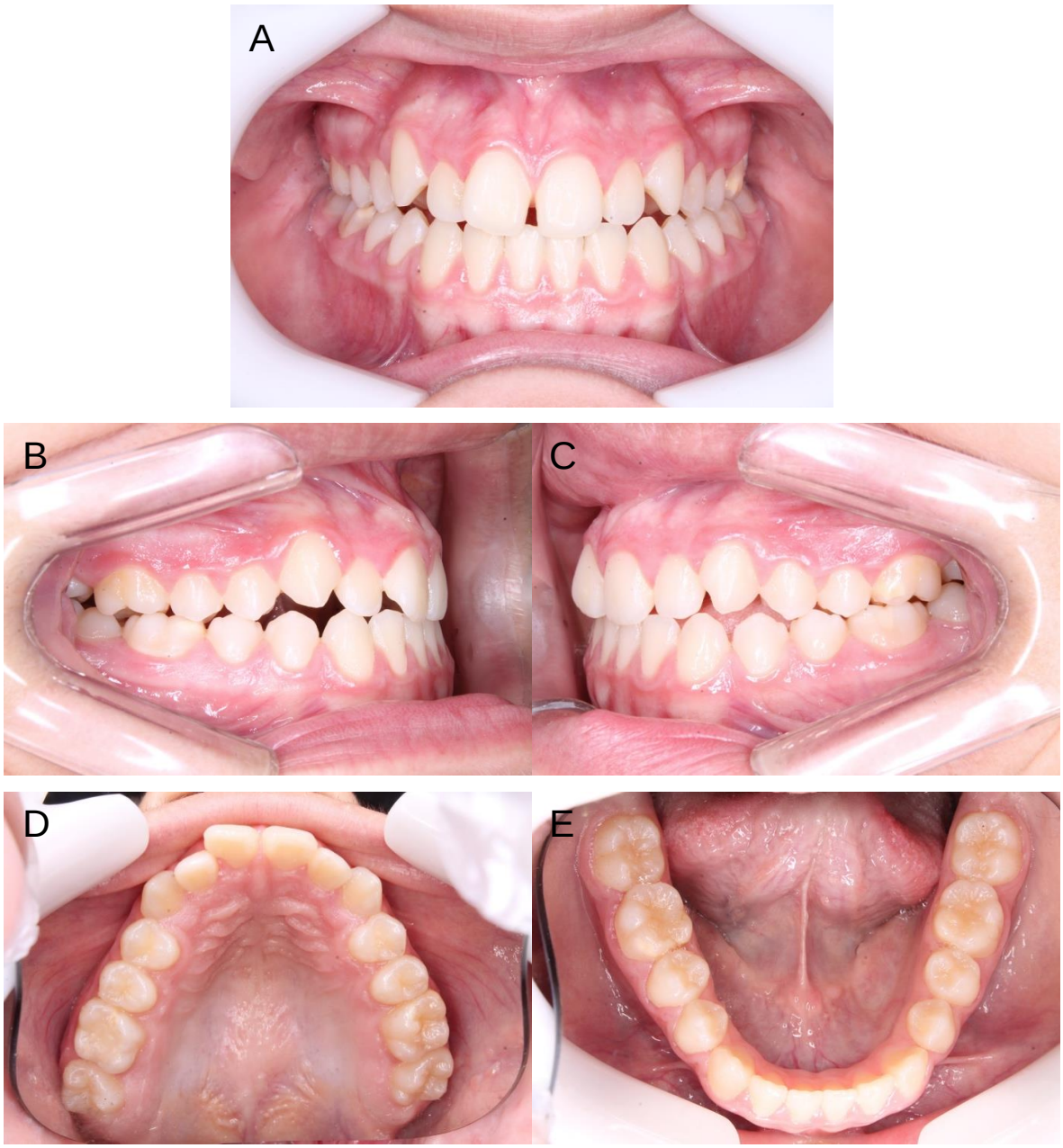


Legenda: A- Perfil; B- Frontal; C- Sorrindo.

Fonte: Autoria própria.

Na avaliação intraoral foi possível evidenciar dentição permanente, desvio de linha média inferior, Classe III molares, Classe I de caninos, ausência de sobremordida e sobressaliência (Figura 10).

Figura 10: Foto intraoral inicial.



Legenda: A- Frontal; B- Lateral direita; C- Lateral esquerdo; D- Oclusal superior; E- Oclusal inferior.

Fonte: Autoria própria.

A análise cefalométrica revelou lingualização dos incisivos inferiores, bom posicionamento maxilar, protrusão mandibular e padrão de crescimento vertical. (Quadro 2). O atlas carpal revela surto de crescimento puberal próximo o estágio

terminal, restando pouco tempo para realizar a terapêutica ortopédica (Figura 11,12 e 13).

Quadro 2: Medidas cefalométricas iniciais e finais.

Fatores	Valor inicial	Valor final
1.PP	108.98°	118.54°
IMPA	79.15°	66.98°
SNA	81.48°	82.36°
SNB	84.32°	84.04°
ANB	- 2.84°	-1.67°
FMA	27.19°	26.34°
S-N.Go-Me	33.45°	35.78°

Fonte: Autoria própria.

Figura 11: Radiografia mão e punho.



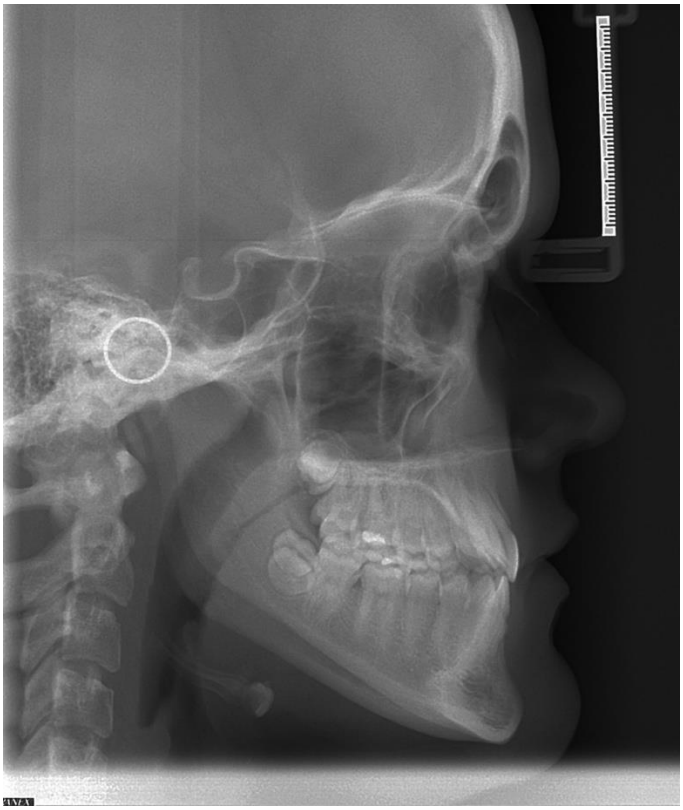
Fonte: Autoria própria.

Figura 12: Radiografia panorâmica inicial.



Fonte: Autoria própria.

Figura 13: Telerradiografia inicial.

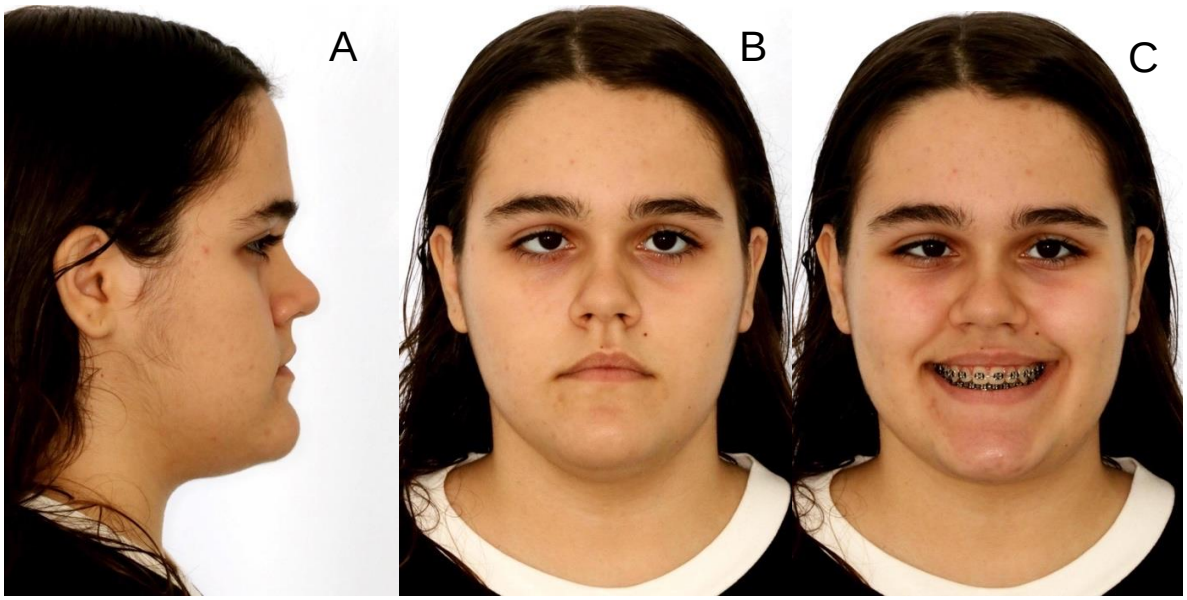
- 

Fonte: Autoria própria.

Como a paciente não possuía queixa facial, o plano de tratamento proposto foi realizado baseado em compensação dentária, através da instalação de aparelho fixo convencional com prescrição MBT. Inicialmente, foi realizado o alinhamento e nivelamento superior, visto que a mesma exibia um padrão III, para minimizar a chance de mordida cruzada anterior (mecânica de Capelozza).

Após 4 meses, foi executada a colagem inferior e elásticos intermaxilares para intercuspidação. Além disso, elásticos de Classe III para correção dentária da maloclusão também foram necessários. Ao final de um ano de tratamento, a paciente encontrava-se em Classe I de caninos e molares, linhas médias coincidentes, overjet de 4.32mm e overbite de 1.46mm (Figura 14, 15, 16, 17).

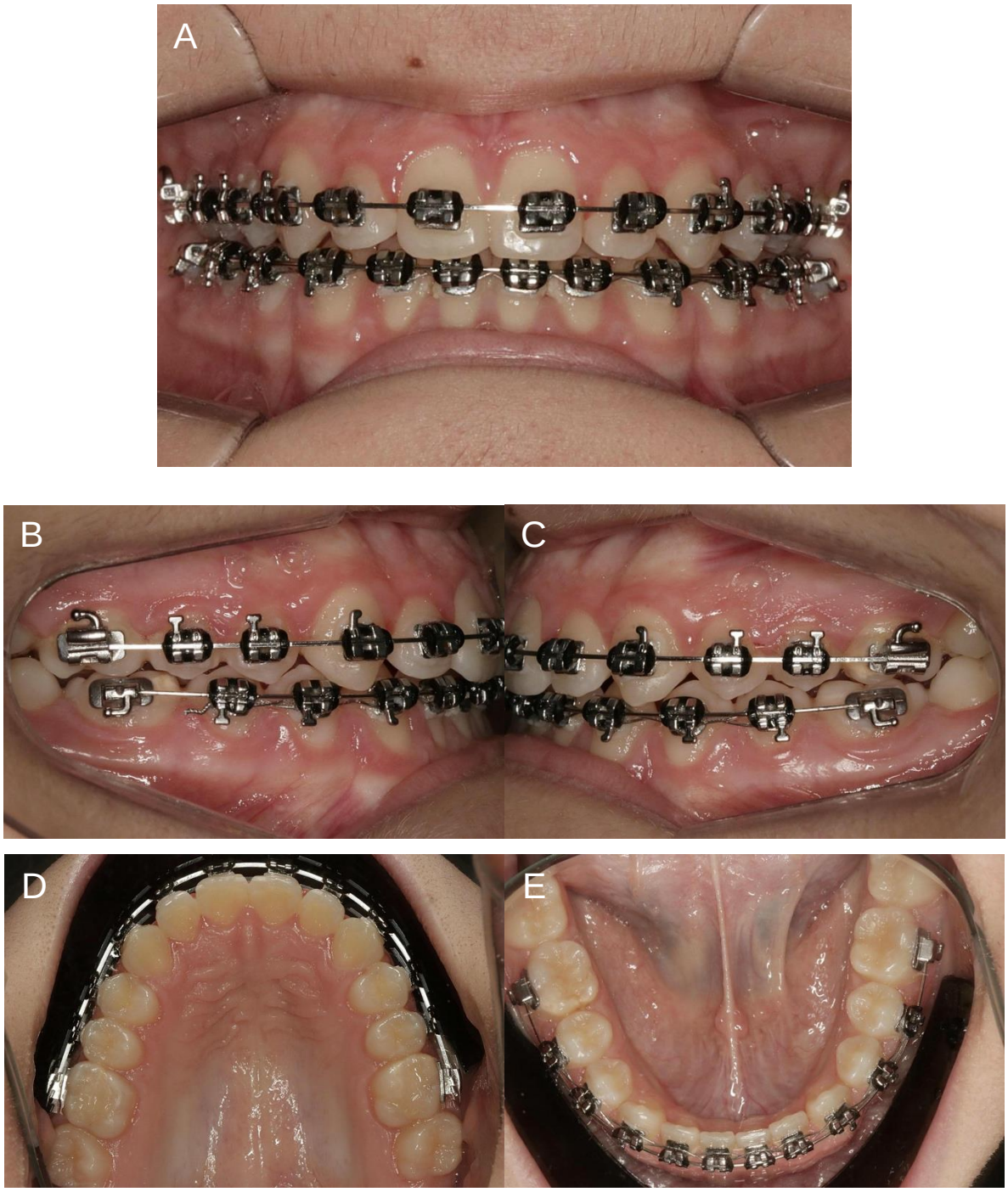
Figura 14: Foto extraoral final.



Legenda: A- Perfil; B- Frontal; C- Sorrindo.

Fonte: Autoria própria.

Figura 15: Foto intraoral final.



Legenda: A- Frontal; B- Lateral direita; C- Lateral esquerdo; D- Oclusal superior; E- Oclusal inferior.

Fonte: Autoria própria.

Figura 16: Radiografia panorâmica final.



Fonte: Autoria própria.

Figura 17: Telerradiografia final.



Fonte: Autoria própria.

Caso 3

Paciente M.H.B.F, sexo masculino, leucoderma, 33 anos e 4 meses na consulta inicial, procurou atendimento na clínica de Especialização em Ortodontia do CPGO Unidade Recife, queixando-se de “dente torto e necessidade de correção do sorriso”. Na análise facial observou-se perfil reto, dolicofacial e padrão III (Figura 18).

Figura 18: Foto extraoral inicial.

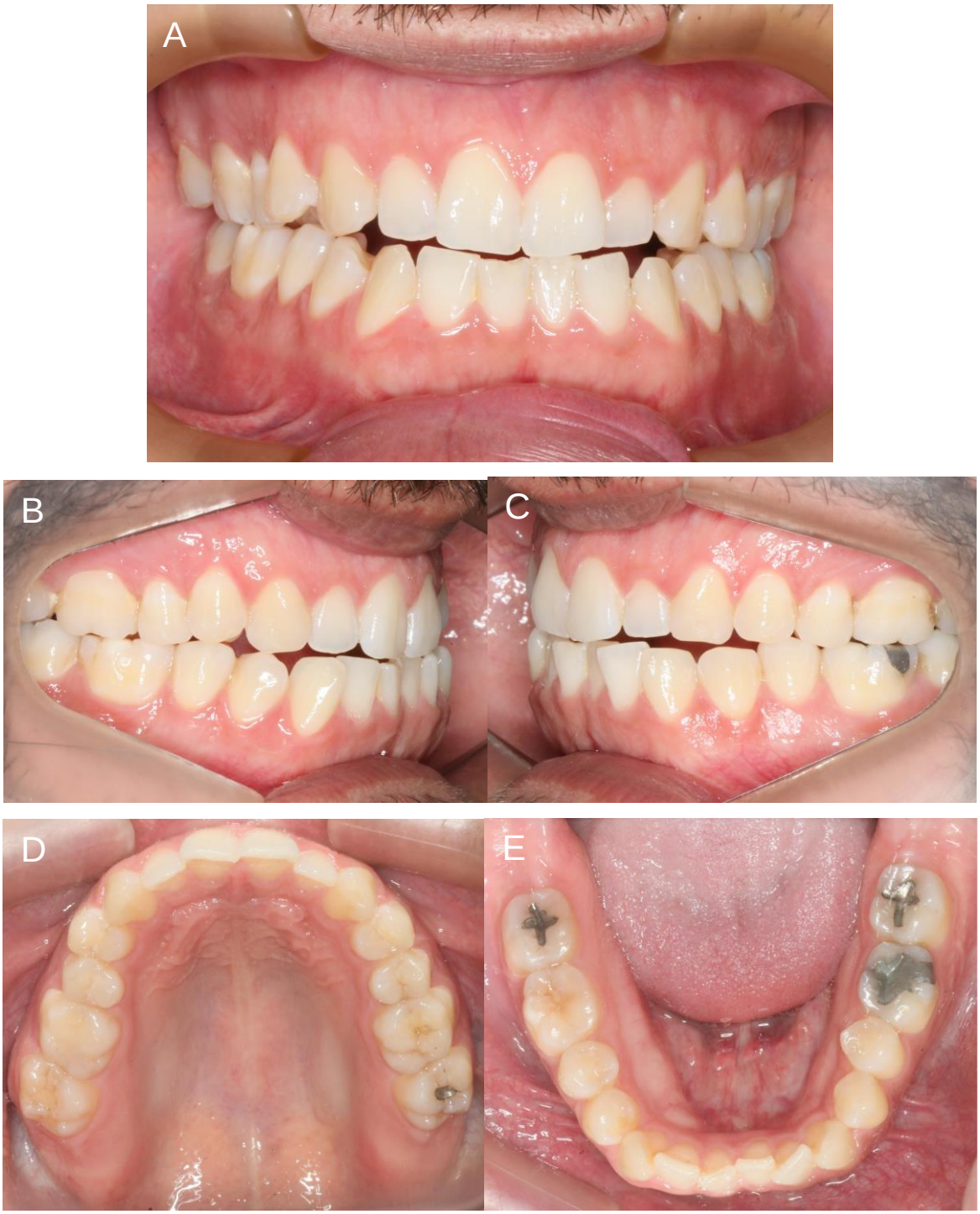


Legenda: A- Perfil; B- Frontal; C- Sorrindo.

Fonte: Autoria própria.

Na avaliação intraoral foi possível evidenciar dentição permanente, desvio de linha média inferior, Classe III de caninos e molares, ausência de sobremordida e sobressaliência, mordida em topo, apinhamento inferior e giroversões (Figura 19).

Figura 19: Foto intraoral inicial.



Legenda: A- Frontal; B- Lateral direita; C- Lateral esquerdo; D- Oclusal superior; E- Oclusal inferior.

Fonte: Autoria própria.

A análise cefalométrica revelou lingualização dos incisivos inferiores, protrusão mandibular e maxilar, padrão de crescimento vertical (Quadro 3, Figura 20 e 21).

Quadro 3: Medidas cefalométricas iniciais e finais.

Fatores	Valor inicial	Valor final
1.PP	113.41°	114.57°
IMPA	81.70°	91.05°
SNA	83.15°	84.73°
SNB	85.40°	85.04°
ANB	- 2.25°	-0.30°
FMA	30.54°	26.28°
S-N.Go-Me	34.11°	32.53°

Fonte: Autoria própria.

Figura 20: Radiografia panorâmica inicial.



Fonte: Autoria própria.

Figura 21: Telerradiografia inicial.

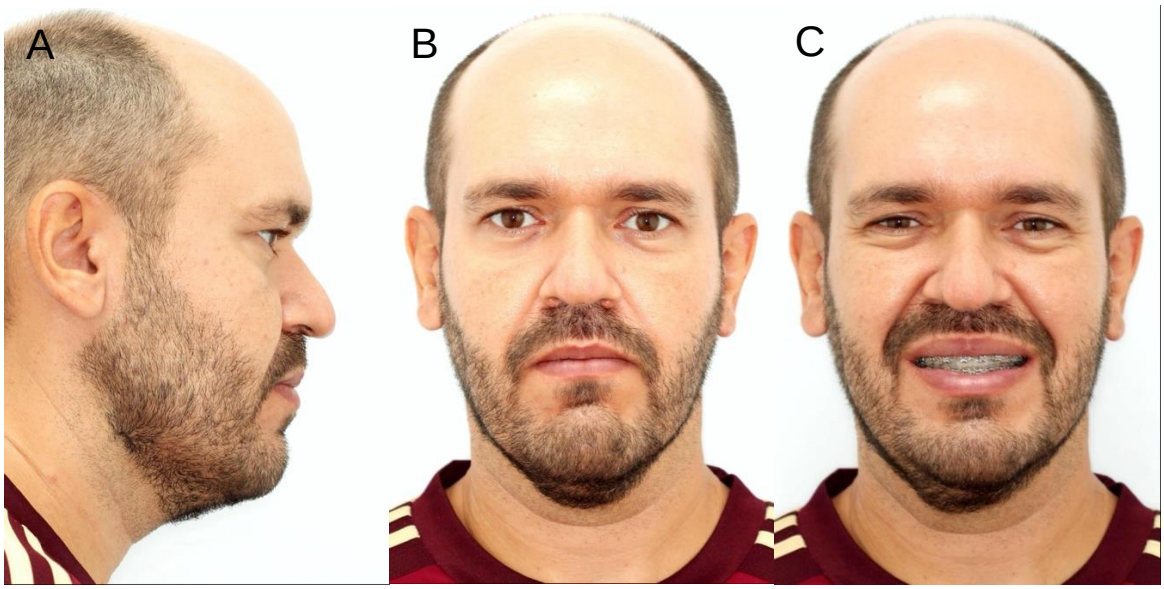


Fonte: Autoria própria.

O plano de tratamento proposto incluiu a colocação de aparelho autoligado interativo, com colagem inicial superior para alinhamento e nivelamento, após essa estratégia, foi realizada a colagem inferior sem inclusão dos incisivos inferiores e utilização de elásticos de Classe III.

Após 16 meses, o paciente encontrava-se em Classe I de caninos e molares, linhas médias coincidentes, ausência de apinhamento e melhora do posicionamento labial superior (Figura 22, 23, 24, 25).

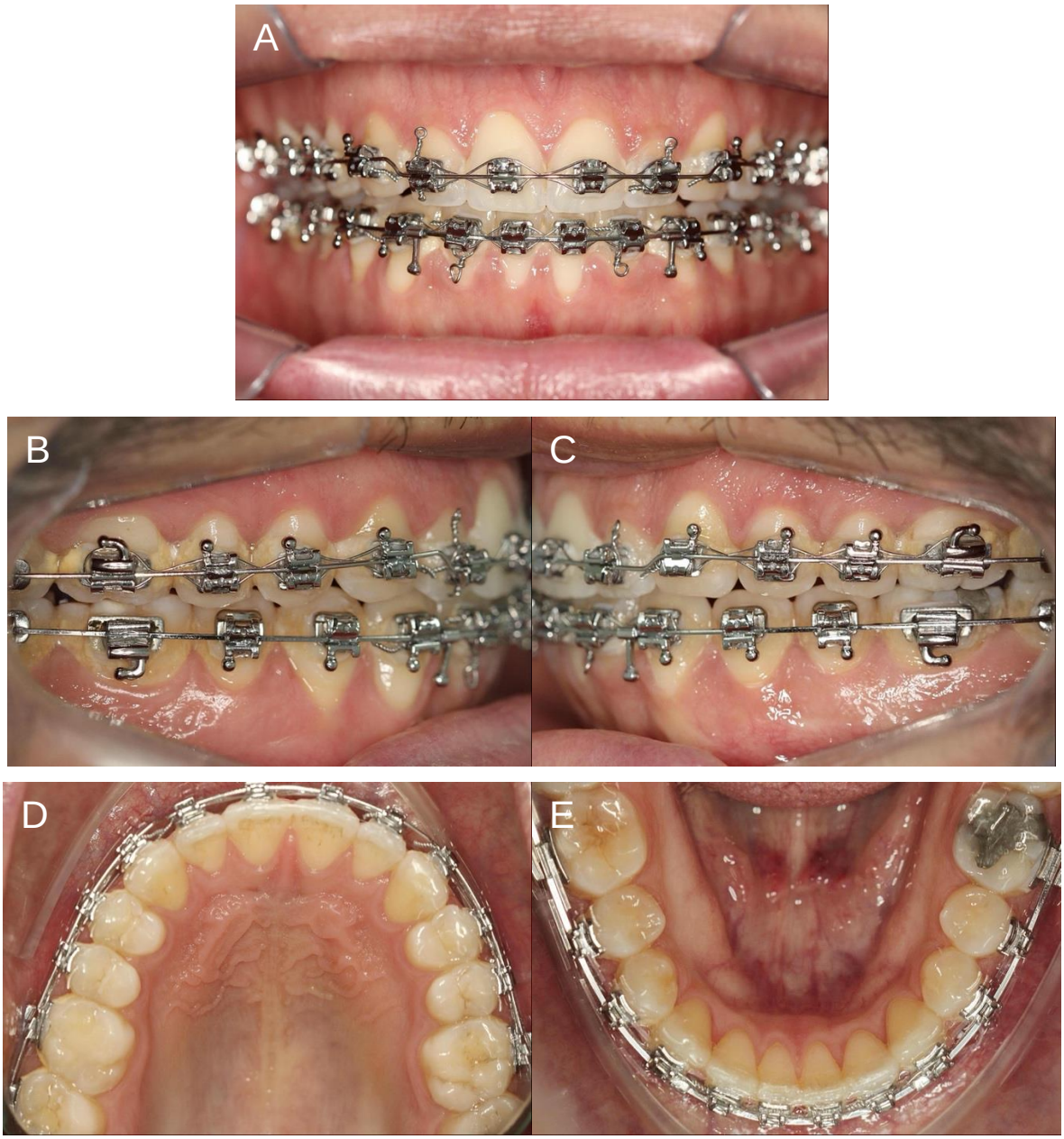
Figura 22: Foto extraoral final.



Legenda: A- Perfil; B- Frontal; C- Sorrindo.

Fonte: Autoria própria.

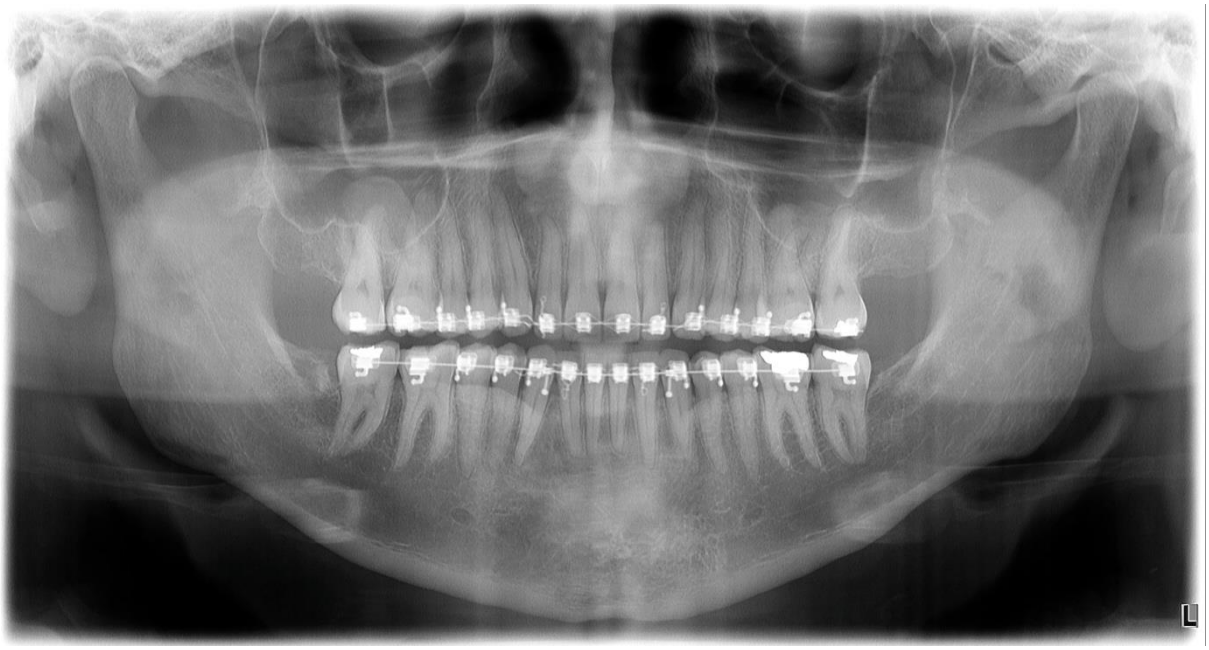
Figura 23: Foto intraoral final.



Legenda: A- Frontal; B- Lateral direita; C- Lateral esquerdo; D- Oclusal superior; E- Oclusal inferior.

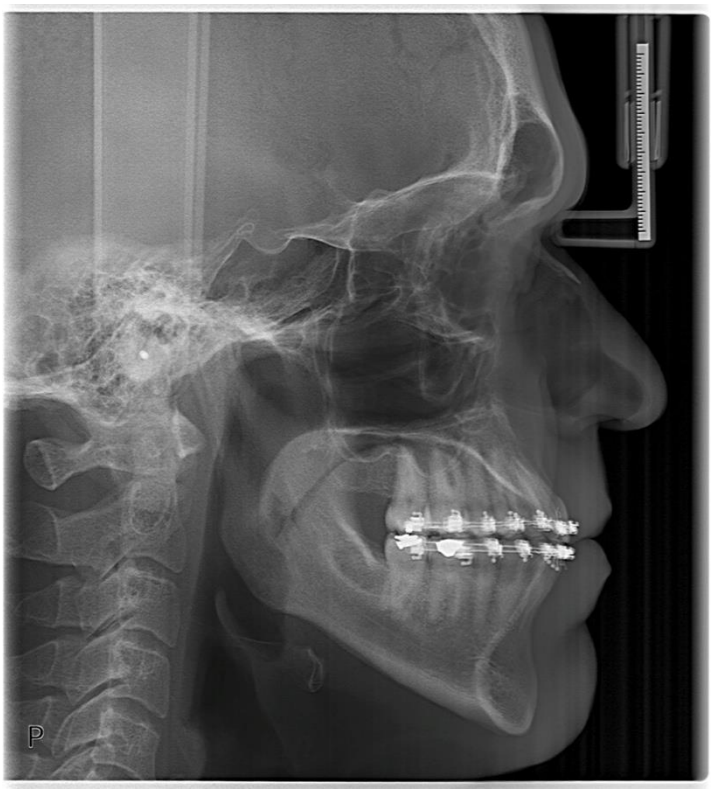
Fonte: Autoria própria.

Figura 24: Radiografia panorâmica final.



Fonte: Autoria própria.

Figura 25: Telerradiografia final.



Fonte: Autoria própria.

4 DISCUSSÃO

Em 1987, McNamara descreveu um relato de caso em que utilizou um aparelho expansor em conjunto com uma máscara facial para tratar pacientes Classe III com deficiência maxila, isso envolve movimento para frente da maxila, rotação para baixo e para trás da mandíbula, proclinação dos incisivos superiores e retroinclinação dos incisivos inferiores (NGAN, MOON, 2015).

O crescimento da maxila cessa em torno de 8 a 10 anos e a mandíbula continua até os 16 anos. A intervenção precoce aumenta a auto-estima do paciente e aparelhos ortopédicos, como a expansão rápida da maxila associada a máscara facial, têm sido usados para indivíduos em crescimento com má oclusão de classe III precoce (JHA, CHANDRA, 2021). Diante do exposto, o primeiro caso descrito neste trabalho corrobora com as evidências científicas, onde foi possível associar a máscara facial de Petit com o disjuntor Hyrax para correção de uma predisposição genética de Classe III.

Em idade precoce, foram observadas alterações esqueléticas predominantes em relação às alterações dentárias, além disso, sugere-se que a dentição mista precoce com erupção do incisivo central superior é o melhor momento para iniciar a tração anterior da maxila (JHA, CHANDRA, 2021). Tais informações são condizentes com o primeiro caso relatado, onde a paciente possuía 9 anos, apresentava dentição mista e obteve excelentes resultados através de protocolo similar.

A compensação ortodôntica é uma abordagem de rotina para adolescentes e adultos com má oclusão de Classe III ou com discrepância esquelética leve ou moderada. Nestes pacientes, o tratamento baseia-se no aumento da compensação dentária sagital preexistente pela mecânica com elásticos ou na exodontia de dentes inferiores associada aos aparelhos fixos (BLAGITZ et al., 2020). Neste estudo, os relatos de casos clínicos 2 e 3 foram executados através da compensação ortodôntica, em ambos a movimentação proposta aconteceu com a utilização de elásticos intermaxilares.

Embora alterações dentárias e de tecidos moles possam ser significativas em pacientes mais jovens com má oclusão de Classe III tratados com camuflagem ortodôntica, a literatura científica carece de dados sobre a potencial recidiva desse

protocolo de tratamento, bem como sobre os possíveis fatores associados a estabilidade do tratamento (BLAGITZ et al., 2020). Tendo em vista o exposto, a melhora de tecido mole em paciente adulto foi evidente no terceiro caso deste trabalho, onde confirma os dados encontrados na literatura pesquisada.

A estabilidade do tratamento compensatório de pacientes com má oclusão de Classe III leve ou moderada na dentição permanente é multifatorial com poucas variáveis preditivas. Além disso, pacientes com pior finalização ortodôntica aumentam ligeiramente esse risco (BLAGITZ et al., 2020). Sabe-se também a importância da cooperação durante o tratamento, onde a duração do mesmo se relaciona diretamente com a adesão do paciente (BICHARA et al., 2016). Tais informações são corroboradas nesta série de casos, onde a cooperação do paciente foi crucial para o tempo do tratamento, assim como, a finalização ortodôntica com sobremordida adequada e Classe I de caninos e molares.

A má oclusão de Classe III apresenta comprometimento da estética facial, conhecida como um fator que interfere negativamente na atratividade facial e do sorriso. Essa má oclusão pode ser tratada ortopedicamente com expansão maxilar e tração reversa durante a fase de crescimento, mas após a esta fase de crescimento puberal, uma das opções de tratamento será o ortodôntico compensatório (WATANABE et al., 2020).

Logo, ressalta-se a importância do planejamento para correção desta má oclusão, pois a beleza e atratividade facial exercem correlação direta na autoestima. Diante de diferentes faixas etárias, é possível executar manobras distintas de tratamento no intuito da correção dentária, assim como, melhora do tecido mole.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseado nesta série de casos, foi possível concluir que as maloclusões de Classe III podem acometer diferentes faixas etárias e através de planos de tratamento compensatórios e ortopédicos obtém-se resultados favoráveis. Assim como, os pacientes relatados exibiram boa relação entre as arcadas, linhas médias coincidentes, resolução da maloclusão e um sorriso mais harmônico.

REFERÊNCIAS

Bichara LM, Aragón ML, Brandão GA, Normando D. Factors influencing orthodontic treatment time for non-surgical Class III malocclusion. J Appl Oral Sci. 2016;24(5):431-436. doi:10.1590/1678-775720150353

Blagitz MN, Almeida GA, Normando D. Factors associated with the stability of compensatory orthodontic treatment of Class III malocclusion in the permanent dentition. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2020 Nov;158(5):e63-e72. doi: 10.1016/j.ajodo.2020.06.030. PMID: 33131569.

Eslami S, Faber J, Fateh A, Sheikholaemmeh F, Grassia V, Jamilian A. Treatment decision in adult patients with class III malocclusion: surgery versus orthodontics. Prog Orthod. 2018 Aug 2;19(1):28. doi: 10.1186/s40510-018-0218-0. PMID: 30069814; PMCID: PMC6070451.

Jha AK, Chandra S. Early Management of Class III Malocclusion in Mixed Dentition. Int J Clin Pediatr Dent. 2021 Mar-Apr;14(2):331-334. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1752. PMID: 34413617; PMCID: PMC8343682.

Ngan P, Moon W. Evolution of Class III treatment in orthodontics. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2015 Jul;148(1):22-36. doi: 10.1016/j.ajodo.2015.04.012. PMID: 26124025.

Paoloni V, De Razza FC, Franchi L, Cozza P. Stability prediction of early orthopedic treatment in Class III malocclusion: morphologic discriminant analysis. Prog Orthod. 2021 Sep 20;22(1):34. doi: 10.1186/s40510-021-00379-z. PMID: 34541628; PMCID: PMC8450206.

Smyth RSD, Ryan FS. Early treatment of class III malocclusion with facemask. Evid Based Dent. 2017 Dec 22;18(4):107-108. doi: 10.1038/sj.ebd.6401269. PMID: 29269813.

Tseng LL, Chang CH, Roberts WE. Diagnosis and conservative treatment of skeletal Class III malocclusion with anterior crossbite and asymmetric maxillary crowding. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2016 Apr;149(4):555-66. doi: 10.1016/j.ajodo.2015.04.042. PMID: 27021460.

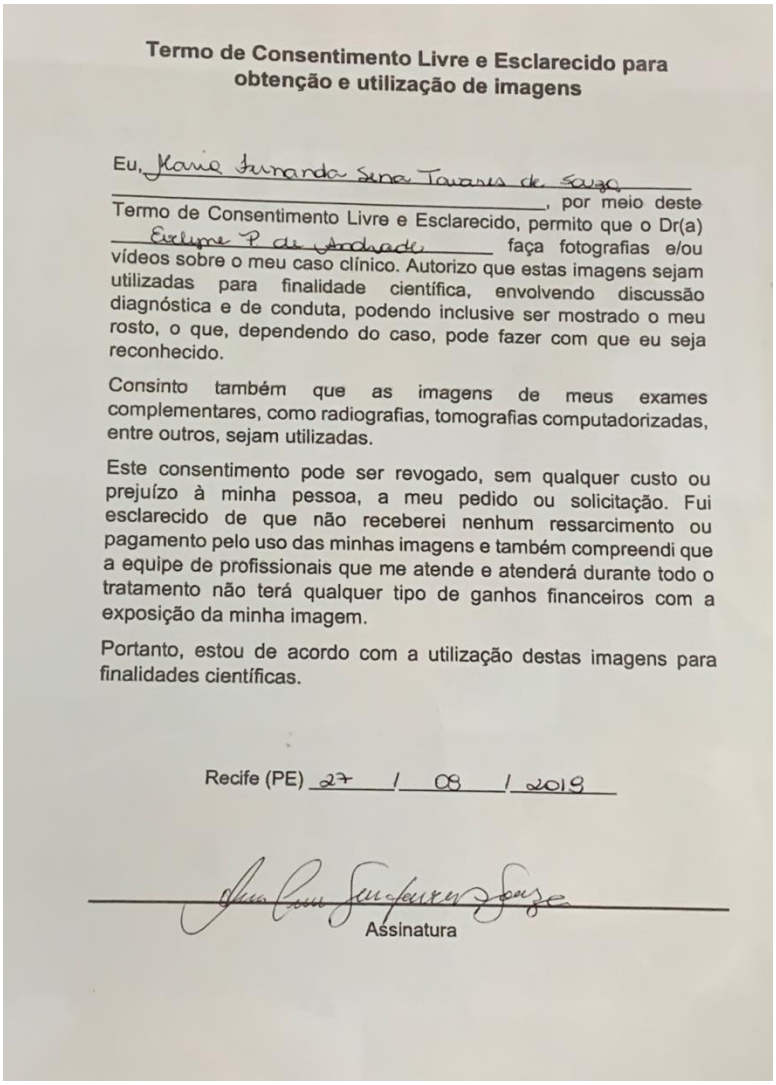
Valladares Neto J. Compensatory orthodontic treatment of skeletal Class III malocclusion with anterior crossbite. Dental Press J Orthod. 2014 Jan-Feb;19(1):113-22. doi: 10.1590/2176-9451.19.1.113-122.bbo. PMID: 24713568; PMCID: PMC4299414.

Watanabe JH, Fitarelli F, de Freitas DS, et al. Comparison of the facial profile attractiveness in Class III borderline patients after surgical or compensatory orthodontic treatment. J Clin Exp Dent. 2020;12(4):e348-e353. Published 2020 Apr 1. doi:10.4317/jced.56750.

Woon SC, Thiruvenkatachari B. Early orthodontic treatment for Class III malocclusion: A systematic review and meta-analysis. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2017 Jan;151(1):28-52. doi: 10.1016/j.ajodo.2016.07.017. PMID: 28024779.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

Caso 1



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para obtenção e utilização de imagens

Eu, Maria Fernanda Sena Tavares de Souza, por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, permito que o Dr(a) Eclipse P. de Andrade faça fotografias e/ou vídeos sobre o meu caso clínico. Autorizo que estas imagens sejam utilizadas para finalidade científica, envolvendo discussão diagnóstica e de conduta, podendo inclusive ser mostrado o meu rosto, o que, dependendo do caso, pode fazer com que eu seja reconhecido.

Consinto também que as imagens de meus exames complementares, como radiografias, tomografias computadorizadas, entre outros, sejam utilizadas.

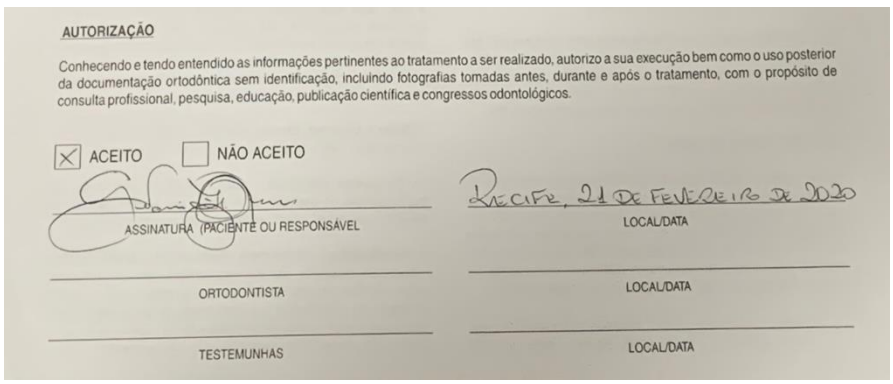
Este consentimento pode ser revogado, sem qualquer custo ou prejuízo à minha pessoa, a meu pedido ou solicitação. Fui esclarecido de que não receberei nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das minhas imagens e também compreendi que a equipe de profissionais que me atende e atenderá durante todo o tratamento não terá qualquer tipo de ganhos financeiros com a exposição da minha imagem.

Portanto, estou de acordo com a utilização destas imagens para finalidades científicas.

Recife (PE) 27 / 08 / 2019

Assinatura

Caso 2



AUTORIZAÇÃO

Conhecendo e tendo entendido as informações pertinentes ao tratamento a ser realizado, autorizo a sua execução bem como o uso posterior da documentação ortodôntica sem identificação, incluindo fotografias tomadas antes, durante e após o tratamento, com o propósito de consulta profissional, pesquisa, educação, publicação científica e congressos odontológicos.

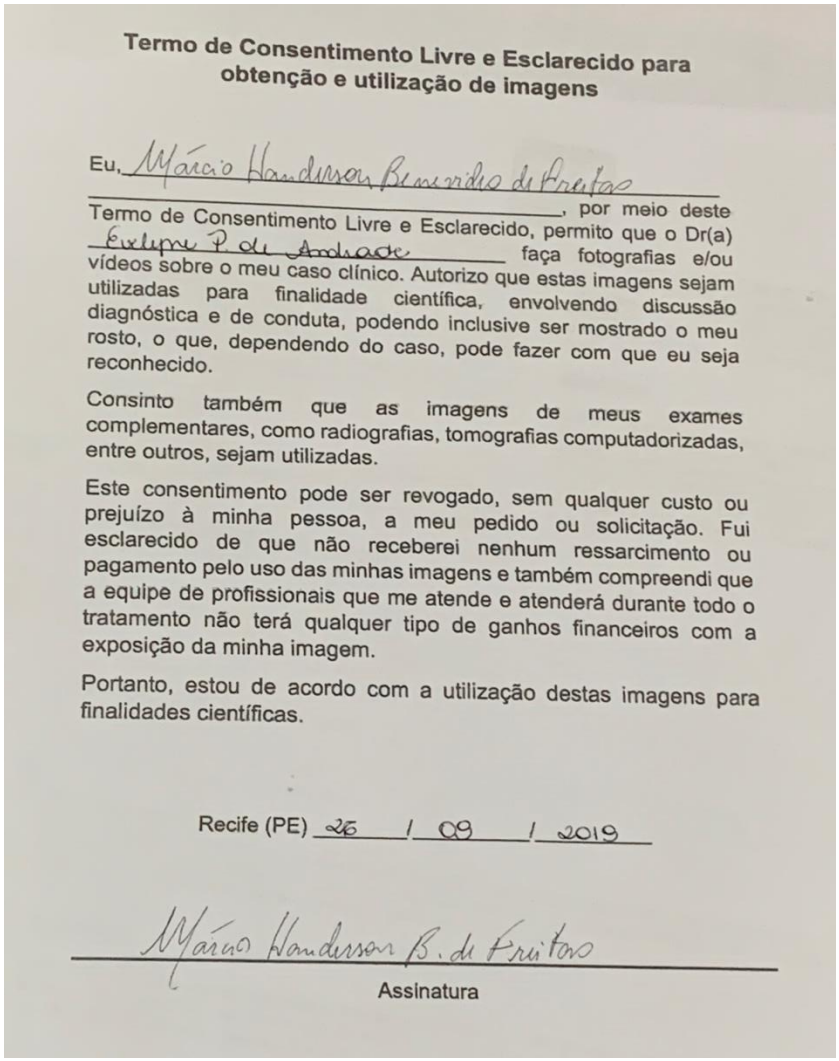
☒ ACEITO ☐ NÃO ACEITO

ASSINATURA (PACIENTE OU RESPONSÁVEL) — RECIFE, 21 DE FEVEREIRO DE 2020 — LOCAL/DATA

ORTODONTISTA — LOCAL/DATA

TESTEMUNHAS — LOCAL/DATA

Caso 3



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para obtenção e utilização de imagens

Eu, Márcio Handerson Bernardo de Freitas, por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, permito que o Dr(a) Eclypse P. de Andrade faça fotografias e/ou vídeos sobre o meu caso clínico. Autorizo que estas imagens sejam utilizadas para finalidade científica, envolvendo discussão diagnóstica e de conduta, podendo inclusive ser mostrado o meu rosto, o que, dependendo do caso, pode fazer com que eu seja reconhecido.

Consinto também que as imagens de meus exames complementares, como radiografias, tomografias computadorizadas, entre outros, sejam utilizadas.

Este consentimento pode ser revogado, sem qualquer custo ou prejuízo à minha pessoa, a meu pedido ou solicitação. Fui esclarecido de que não receberei nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das minhas imagens e também compreendi que a equipe de profissionais que me atende e atenderá durante todo o tratamento não terá qualquer tipo de ganhos financeiros com a exposição da minha imagem.

Portanto, estou de acordo com a utilização destas imagens para finalidades científicas.

Recife (PE) 25 / 09 / 2019

Márcio Handerson B. de Freitas

Assinatura